

# 研究報告

## 統合失調症患者の自己決定能力向上を意図した療養計画の試み —看護師の支援を得て患者自らが療養計画を立案・実施・評価する—

An Attempt In The Treatment Plan That Aimed At Ability For Self-Decision Improvement Of The  
Schizophrenia Patient  
-Patients Oneself Drafts A Treatment Plan With The Nurse And Performs It And Evaluates It-

桐山啓一郎<sup>1)</sup> 松下年子<sup>2)</sup>  
Kiriya Keiichiro Matsushita Toshiko

### Key words

統合失調症患者、入院療養計画、自己決定  
Schizophrenia patient, hospitalized treatment plan, self-decision

### 要約

本研究は統合失調症患者の自己決定能力向上を目指し、入院中の統合失調症患者3名とその受持ち看護師の3ペアに看護師の支援を受けて、自ら入院中の療養計画を立案・実施・評価してもらい、その変化を記述することを目的とした。

研究方法は、まず、療養計画を患者とその受持ち看護師に展開してもらい、その様子を参与観察した。その後、患者と受持ち看護師それぞれに半構造化面接調査を実施した。

参与観察の結果からは、対象患者3名が療養計画において短期目標を達成したことが示された。患者への半構造化面接調査の結果からは、44コードを抽出し、12サブカテゴリと【自己決定に対する患者-看護師間の認識のギャップ】、【退院への見通しの発見】、【療養計画がもたらすメリットと喜び】、【新たな看護師像の発見】、【新たな自分の発見】、【療養計画継続への意思】の6カテゴリを生成した。受持ち看護師への半構造化面接調査の結果からは、57コードを抽出し、21サブカテゴリと【患者の自己決定に向けた介入】、【患者とのパートナーシップの形成】、【患者に対する向き合い方の変化】、【患者の自己決定の実現】、【率直に意思伝達できる】、【患者の対人関係能力の向上】、【患者-看護師間の意思共有に基づく支援】、【療養計画に適合する患者の選定】の8カテゴリを生成した。

参与観察の結果と、患者と受持ち看護師それぞれの半構造化面接の結果を経時的に照らし合わせることで、患者は受持ち看護師の支援を受けて自己決定能力を向上させていたこと、療養計画の展開は長期入院中で意思表示をする機会に乏しい統合失調症患者が意思表示する機会となったこと、療養計画の仕組みは患者の退院への意思を再確認し具現化するきっかけとなったことの3点が考察された。

### 1. はじめに

2014年の患者調査では、精神科病院の入院患者約22万人のうち統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害の患者は約13万人と全入院患者の半数以上を占める。退院した統合失調症患者の平均在院日数は609.5日と全患者の377.2日と比較しても長く、統合失調症患者は地域精神医療へ

の社会的な流れの中でも、依然として長期入院状態にあることが伺える<sup>1)</sup>。社会生活を営む成人にはまず、自己決定能力と、自己決定の結果を可能な範囲で自ら引き受ける責任能力が求められる。これらは社会生活を送る一人ひとりの基本的人権を担保するものである。したがって、長期入院中の統合失調症患者の退院支援に向けて、患者が

1) 朝日大学 Asahi University

2) 横浜市立大学 Yokohama City University

両能力を修得することが目標となる。余儀なく長期社会的入院を強いられている統合失調症患者も、社会との隔絶から自己決定の機会を奪われ続けており、その結果、自己決定能力が乏しいとみなされている。地域精神医療へのシフトにむけて看護師には、統合失調症患者が退院後の地域生活に備えて、生活のあらゆる面から自己決定する価値と権利と責任を学習してもらえよう意図的に介入する必要がある。

海外の患者の自己決定を促す看護介入としては、精神科病棟を含む入院患者の医療や看護への参画事例と、その有用性が報告され、患者が参画を表明しない場合の、介入時の留意点も説明されている<sup>2)</sup>。国内でも類似した介入として、統合失調症患者への患者参画型看護計画や患者参画型カンファレンスがある。患者参画型看護計画については、看護目標を統合失調症患者と共有したところ、患者が積極的に目標設定を行ったという<sup>3)</sup>。患者参画型カンファレンスについては、慢性期病棟に長期入院中の統合失調症患者に看護師のカンファレンスに参画してもらったところ、患者の自発性が高まったという<sup>4)</sup>。他にも、患者に看護計画やカンファレンスに参画してもらって自己決定を支援したという事例報告が散見される<sup>5)6)</sup>。ただしこれら国内先行研究では、患者が参画した看護計画やカンファレンスの具体的手法が示されておらず、第三者が追現するのは難しい。

自己決定能力を育むには、統合失調症患者が入院生活の中で、患者の主体性を徹底的に重んじた看護師の支援を得ながら、自己決定の経験を積み上げていくことが重要である。看護師の支援のもと統合失調症患者自らが自身の療養計画を立案し、実施し、評価するという試みは、長期入院中の統合失調症患者に自己決定する経験を提供できる看護介入であると考ええる。

## II. 研究目的

入院中の統合失調症患者に受持ち看護師の支援を受けて、自ら入院中の療養計画を立案・実施・評価してもらい、その変化を記述することを目的とした。

## III. 用語の定義

### 1. 自己決定能力

本研究では自己決定能力を精神科看護で頻用されているセルフケアモデルを考案したUnderwood<sup>7)</sup>が述べる自己決定能力を参考に「患者が自分の行動に関心を持ち、その行動に関する知識を得、決断し、行動を起こす能力」とした。

### 2. 療養計画の有用性

本研究では療養計画の有用性を「患者が受持ち看護師と療養計画を立案・実施・評価することで患者の自己決定能力が向上すること」とした。

## IV. 研究方法

### 1. 研究デザイン

看護介入と、その間の参与観察とその後の半構造化面接調査による質的記述的研究。

### 2. 対象者

精神科病院慢性期病棟に入院中の統合失調症患者3名とその患者の受持ち看護師3名。患者は知的障害や認知症による認知機能障害がなく意志疎通が可能であること、看護師は精神科病棟の勤務経験3年以上であることを条件とした。なお、対象患者の選定にあたり、対象病棟の看護師全員に、研究協力を口頭で依頼し、同意が得られた看護師より、受持ち患者の中から上記条件に適合し、かつ主治医の許可が得られた患者の紹介を受けた。

### 3. 研究期間 2012年7月から11月

### 4. 研究方法

1) 対象者の選択および研究参加依頼、主治医および病棟看護師からの研究許可の取得

対象者のクライテリアは、本研究及び療養計画の試行について自由意思による同意があること、患者については加えて、主治医及び病棟看護師からも研究許可を得た。

### 2) 療養計画の実施

#### (1) 療養計画の内容

研究者は事前に、受持ち看護師3名に、療養計画では看護計画と異なり、患者主体で取り組んでほしい旨を伝えた。その後、患者3名と受持ち看護師3名の3ペアに、それぞれ個室で療養計画立案のための面接をしてもらい、立案後は患者と受持ち看護師それぞれに計画を実施してもらった。面接から1週間後、計画評価のための2回目の面接をしてもらった(以上1クール)。面接時間は患者の負担を考慮して1回30分程度とし、ペア

ごと計3クール実施してもらった(図1)。なお、療養計画の枠組み及び展開方法の妥当性については、精神看護学に精通する研究者、精神科病院で5年以上の専門看護師経験を有する精神看護専門看護師と検討し、保証した。

(2)使用した用紙

療養計画では記録用紙と計画用紙の2種類の用紙を使用した。記録用紙は、患者と受持ち看護師が患者の希望やおかれている状況を整理し、希望する生活(長期目標)を達成するのに必要な、段階的な行動目標(短期目標:ステップ)をアセスメントしやすい書式にした。患者の状況を整理する項目は生活背景と社会背景に区分し、生活背景は精神科看護で頻用されるセルフケアモデル<sup>8)</sup>のアセスメント項目を、社会背景は近年、地域精神医療で活用されるストレングスモデル<sup>9)</sup>のアセスメント項目を参考に作成した。計画用紙は、短期目標を達成するために患者がとる行動と受持ち看護師に求める行動を明記しやすい、またその後1週間毎に患者と受持ち看護師が行動計画を評価しやすい書式にした。

4)データ収集

(1)参与観察

研究者が参与観察者として、患者と受持ち看護師の全面接に同席し、面接での療養計画の立案や評価の内容と、そのときの状況等を全てフィールドノートに記載し、データとした。

(2)患者のGAF評価

面接ごとに、研究者が「Global Assessment of Function (以下 GAF)」<sup>10)</sup>を用いて患者の心理社会的機能を評価した。なお、GAF 得点の妥当性は直接、主治医に確認した。

(3)受持ち看護師の基礎情報

受持ち看護師の基礎情報(性別、経験年数等)

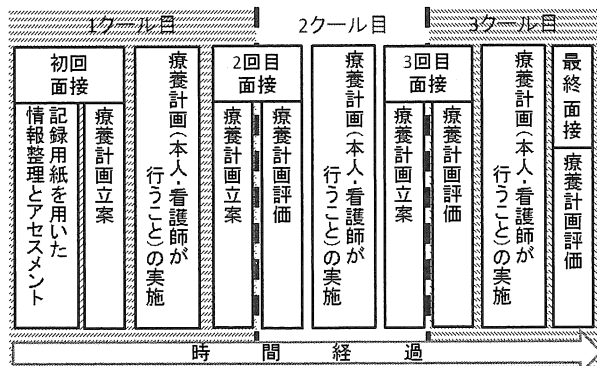


図1 療養計画の展開

は、本人の同意を得た上で直接聴取した。

(4)記録用紙と計画用紙

療養計画立案時の患者と受持ち看護師の情報整理の内容、長期目標、短期目標は記録用紙から、患者と受持ち看護師の実施内容と評価結果は計画用紙から収集した。

(5)半構造化面接調査

療養計画終了後、参与観察を行った研究者が3ペアの患者と受持ち看護師、計6名を対象にそれぞれ個別の半構造化面接調査を行った。患者の面接時間はおよそ20分、受持ち看護師のそれはおよそ20分とした。インタビューガイドでは、本研究への参加動機、患者の自己決定の変化、患者・受持ち看護師それぞれにとっての療養計画の意味等を問う設問を用意した。

5)分析方法

(1)対象患者の療養計画の要約

参与観察の結果(患者の発語や行動、受持ち看護師の発語や行動、両者のやり取りのデータ)および記録用紙と計画用紙の記録から、患者の自己決定に関連する部分を中心に抽出し、対象患者毎に時間経過に沿って要約した。

(2)半構造化面接調査

インタビューデータから逐語録を作成した。対象者一人ひとりの逐語録を行毎、段落毎に精読の上、療養計画と関連している出来事や事実毎に単位化した。その後、単位化した逐語録の切片毎にその切片の意味を表すコードを付け、患者と看護師のコードを分けた上で、それぞれ類似したコードをひと纏まりとして、纏まりを集約するサブカテゴリ名を付けた。さらに類似したサブカテゴリを集約し、カテゴリ化してカテゴリを象徴する語を使用して命名した。データの信頼性担保のため、分析の全般にあたり質的研究に精通した精神看護学研究者から助言を得た。また、分析結果の整合性担保のため、分析結果を対象者となった看護師に確認した。

5. 倫理的配慮

対象者である患者と受持ち看護師に対して研究目的、意義、方法、公表方法を伝え、研究参加は自由意思であること、途中での参加辞退が可能であること、参加不参加・辞退により不利益を被らないこと、匿名性を保証することを説明し、同意を得た。データ収集施設の責任者及び病棟看護

師にも本研究の概要を説明し、患者とその受持ち看護師が療養計画を展開し、その後半構造化面接調査を受ける了承を得た。また患者の研究参加に関しては、各主治医に研究内容を説明の上、許可を得た。なお本研究は、横浜市立大学大学院医学研究科看護学専攻倫理審査委員会の承認と、データ収集施設の看護/介護研究倫理審査会の承認を得た上で実施した。

V. 結果

本研究への参加を表明した対象患者は3名であった。1人目のA氏は50歳代後半の女性で入院期間は約20年、研究開始時のGAF得点は45点であった。A氏の受持ち看護師(以下X看護師)は女性で、看護師経験年数は20年、うち精神科経験年数は15年であった。2人目のB氏は70歳代後半の男性で入院期間は約15年、研究開始時のGAF得点は35点であった。B氏の受持ち看護師(以下Y看護師)は女性で、看護師経験年数は10年、精神科経験年数は5年であった。3人目のC氏は50歳代前半の女性で入院期間は約10年、研究開始時のGAF得点は55点であった。C氏の受持ち看護師(以下Z看護師)は女性で、看護師経験年数は20年、精神科経験年数は15年であった。なお、患者は3名とも療養計画の展開を通じてGAF得点に変化はなかった。対象者の概要は表1に示した。

また、療養計画展開3クール中、3ペアが療養計画の面接に費やした平均面接時間は、初回が33分、2回目以降は約16分であった。面接時間の詳細は表2に示した。

1. A氏がX看護師の支援を得て展開した療養計画の要約

A氏は金銭感覚に乏しく、買い物に出るたびに所持金を使い果たすため、単独で買い物に行くことを主治医やX看護師から止められていた。X看

護師が状況を説明しても、買い物への固執が強く、「買い物に行けない」と大声で訴えていたA氏は、1回目の面接時、「バスに乗って一人で買い物に行く」ことを長期目標に設定した。またA氏は、すぐに単独で買い物に行きたいと訴えたが、A氏とX看護師で情報整理した結果、A氏は買い物の予算を考慮することが苦手であることを共通理解したためA氏は、当面は精神保健福祉士(Psychiatric Social Worker:以下PSW)と行くことを選択した。そして1クール目の短期目標を「次回面接までに、購入リストを作成する」とし、2クール目のそれを「買い物に行く準備(預金引き出し、バスの時間を把握)をしてPSWと買い物に行く」、3クール目を「X看護師の見守りの下、購入リストに即した予算を立てる」とした。それらを段階的に実施したA氏は、3クール目の面接時には、X看護師やPSWの助言や見守りを必要としつつも経済状況を考慮できるようになっていた。3クール目終了後、A氏はバスを使用して単独で買い物に行くことができた。なお療養計画展開中、A氏の治療内容に変更はなかった。

2. B氏がY看護師の支援を得て展開した療養計画の要約

階段掃除や花の水やりなど決まった日課を送っていたB氏は、主治医やY看護師に自己主張することがなかった。B氏は療養計画参加をY看護師から提案されると、もう一度退院できていることと、退院を目指して自主的に階段掃除などを行っていることを返した。高齢のB氏の、退院への意欲や言動に驚いたY看護師は、B氏と話し合い退院を最終目標とした。B氏とY看護師は規則正しい生活が退院への第一歩であることと共通理解し、長期目標に「生活リズムを自ら整えられる」ことを掲げた。さらに、1クール目の短期目標を「昼と夜の眠り具合(午睡と夜間睡眠

表1 対象者の概要

患者名	性別	年齢	入院期間	GAF得点	受持ち看護師の性別	受持ち看護師の看護師経験(うち精神科経験)
A氏	女性	50歳代後半	20年	45点	女性	20年(15年)
B氏	男性	70歳代後半	15年	35点	女性	10年(5年)
C氏	女性	50歳代前半	10年	55点	女性	20年(15年)

表2 面接時間

	単位:分			
	初回	2回目	3回目	4回目
A氏	20	15	20	15
B氏	35	15	15	15
C氏	45	15	20	15
平均	33.3	15.0	18.3	15.0

の時間、夜間の中途覚醒状況)を知る」とし、2クール目のそれを「中途覚醒時に、使用できる頓用薬を看護師から知ることができる」、3クール目を「主治医に薬の副作用を伝える」とした。B氏は、療養計画が展開されるにつれ、午睡の原因は夜間の中途覚醒ではないかとY看護師に相談した。相談を受けたY看護師は夜間中途覚醒をした際に不眠時の頓用薬を使用することができるとB氏に情報提供した。B氏はそれに加えて、服薬教室を主宰した看護師から頓用薬について追加情報を得、頓用薬の処方主治医に求めた。B氏は主治医に依頼する前、「恐れ多い」と躊躇したが、Y看護師に励まされて実行した。3クールを終えたB氏は、「療養計画の負担はなかった。これからも先生(主治医)や看護師さんに意見を言いたい」と述べた。なお、初回面接時のB氏には誇大妄想様の発言があったが、Y看護師が傾聴しながらも病的発言と現実と即した発言を区別し、現実と即した発言を取り上げて面接を進行することで、療養計画の継続が可能となった。また、不眠時の頓用薬処方以外に、B氏の治療内容に変更はなかった。

### 3. C氏がZ看護師の支援を得て展開した療養計画の要約

C氏は主治医から長期にわたり退院勧奨され、Z看護師からも退院について「はっぱをかけられていた(Z看護師談)」が、退院の意向を示さなかった。しかしZ看護師から療養計画を勧められ、一緒に取り組もうと持ちかけられたC氏は、「今までと違って面白そう。退院するためにやってみたい」と返し、療養計画に臨むことになった。C氏は長期目標を「翌年春までに退院し、地域で健康的な生活(生活習慣病を予防できるような生活)

を送れる」とした。C氏とZ看護師は退院に向けた作業療法の必要性を共有した上で短期目標について、1クール目と2クール目を「C氏が生活クラブ(退院に向けた作業療法プログラム)に参加できたらZ看護師に褒めてもらい、参加を1ヶ月継続できる」と、3クール目を「Z看護師に褒められなくても生活クラブに参加できる」とした。これは、C氏が1クール目の療養計画立案時、生活クラブへの参加継続にあたって、Z看護師に「褒めてほしい」と依頼、Z看護師がそれを了承したことによる。その後C氏は、生活クラブの参加に一度躊躇することはあったが、Z看護師に励まされ、見守られ、参加するたびに褒められることにより乗り越え、1ヶ月間参加を継続した。C氏は「Z看護師さんに褒められて嬉しいし、期待に応えたいと思った。Z看護師さんと一緒にできるから楽しい」と述べた。なお、生活クラブへの参加以外にC氏の治療内容に変更はなかった。

### 4. 患者及び受持ち看護師を対象とした半構造化面接調査の結果

本稿中、カテゴリを【】、サブカテゴリを<>、コードを“”で括った。

患者3名を対象とした半構造化面接調査の結果を分析した結果、44コードを抽出し、12サブカテゴリと6カテゴリを生成した(表3)。**【自己決定に対する患者-看護師間の認識のギャップ】**は患者が療養計画開始前及び開始直後に己の自己決定能力は受持ち看護師が捉えるそれよりも高いと認識し、受持ち看護師との認識に差を感じていたことを表し、<買い物における自己決定への欲求>、<自己決定できることの確信>の2サブカテゴリから生成した。**【退院への見通しの発見】**

表3 患者への半構造化面接調査結果

カテゴリ	サブカテゴリ	代表的なコード
自己決定に対する患者-看護師間の認識のギャップ	買い物における自己決定への欲求	自分一人で買い物に行きたかった./一人で買い物ができないと思われている。
	自己決定できることの確信	看護師と違い自己決定できている./療養計画以前より自己決定できていた。
退院への見通しの発見	退院可能性の模索	退院する機会がなかった./退院を自分でやらないと前に進まないと思った。
	退院実現への確信	自分は退院できと思っていた./自分も退院できるようになると知った。
療養計画がもたらすメリットと喜び	療養計画のメリット	日常生活でできることが増えた./自分の課題を克服できて意味があった。
	療養計画に対する満足と意欲	少しずつできて満足になった./療養計画を行って楽しかった./計画のステップが上がるとやる気が出る。
新たな看護師像の発見	看護師の対応の変化	看護師に褒められて嬉しかった./看護師のあたりが前より良くなった./療養計画中は看護師が優しくなった。
	パートナーとしての看護師	看護師と一緒に考えてくれて助かった./看護師が自分の意思を理解してくれた。
新たな自分の発見	看護師への意思伝達の実現	自分を理解してもらうために発言することにした./看護師に思っていることが言えた。
	自信の高まり	一人で買い物をしたことは自信になった./看護師に励まされれば自分でもやっていけた。
療養計画継続への意思	療養計画の継続	療養計画を自分で続けていきたい./一人暮らしを始めるときも療養計画を行いたい。
	療養計画の有用性	療養計画で困ったことはなかった./この方法は負担にならなかった。

は患者が療養計画中に自分は退院できると実感し、その過程を想像したことを表し、＜退院可能性の模索＞、＜退院実現への確信＞の 2 サブカテゴリから生成した。【療養計画がもたらすメリットと喜び】は患者が療養計画中に利益を得て、肯定的な感情を抱いたことを表し、＜療養計画のメリット＞、＜療養計画に対する満足と意欲＞の 2 サブカテゴリから生成した。【新たな看護師像の発見】は患者が療養計画中にそれまでにない受持ち看護師の姿を見出したことを表し、＜看護師の対応の変化＞、＜パートナーとしての看護師＞の 2 サブカテゴリから生成した。【新たな自分の発見】は患者が療養計画中に自分で気づいていなかった己の姿に気づいたことを表し、＜看護師への意思伝達の実現＞、＜自信の高まり＞の 2 サブカテゴリから生成した。【療養計画継続への意思】は患者が療養計画は有用であり本研究終了後も続けたいと意思表示したことを表し、＜療養計画の継続＞、＜療養計画の有用性＞の 2 サブカテゴリから生成した。

受持ち看護師を対象とした半構造化面接調査の結果を分析した結果、57 コードを抽出し、21 サブカテゴリと 8 カテゴリを生成、さらに抽象度を高めて「受持ち看護師の体験」、「患者の変化」、「療養計画の本質」を見出した(表 4)。【患者の自己決定に向けた介入】は受持ち看護師が患者の自己決定支援を意識して療養計画を展開し、具体的

に介入していたことを表し、＜段階的な介入＞、＜患者の過去を踏まえた介入＞、＜患者の意思を言語化する介入＞、＜患者の主体性を促す介入＞の 4 サブカテゴリから生成した。【患者とのパートナーシップの形成】は受持ち看護師が療養計画中に患者を協働する存在として認識し、患者と新たな関係性を築いたことを表し、＜患者の思いへの寄り添い＞、＜目標・計画の共有化＞の 2 サブカテゴリから生成した。【患者に対する向き合い方の変化】は受持ち看護師が療養計画以前の患者への関心や、患者にかかわる姿勢を変えたことを表し、＜患者の意思に対する関心＞、＜患者に対する見方とかかわり方の変化＞の 2 サブカテゴリから生成した。【患者の自己決定の実現】は受持ち看護師が療養計画中に患者が自己決定に至ったと判断したことを表し、＜自己決定の意識化＞、＜自己決定したことの実現＞の 2 サブカテゴリから生成した。【率直に意思伝達できる】は受持ち看護師が療養計画中に患者のコミュニケーション方法が積極的に変化したと認識していたことを表し、＜意思の言語化＞、＜積極的なコミュニケーション＞の 2 サブカテゴリから生成した。【患者の対人関係能力の向上】は受持ち看護師が療養計画中、患者の他者との関係性を保とうする発言や行動を目の当たりにしたことを表し、＜看護師とのパートナーシップの促進＞、＜期待に応えたいという気持ちの芽生え＞の 2 サブカテ

表 4
受持ち看護師への半構造化面接調査結果

分類	カテゴリ	サブカテゴリ	代表的なコード
受持ち 看護師 の 体験	患者の自己決定に向けた介入	段階的な介入	1回目から2回目の面接にかけて関わりを変化させた。/主体性を意識し順序立てた声掛けを行った。
		患者の過去を踏まえた介入	以前の状況を加味しながら進めていける方法を考えた。/過去の失敗を踏まえて援助した。
		患者の意思を言語化する介入	患者がうまく言語表現できない部分を言語化した。/療養計画中に患者が話しやすいよう促した。
		患者の主体性を促す介入	患者の意思が実現するよう促した。/患者に任せたら継続して行動化した。
	患者とのパートナーシップの形成	患者の思いへの寄り添い	患者が頑張る分、自分も頑張ろうと思った。/患者の思いをくみ取ることができた。
患者 の 変化	患者に対する向き合い方の変化	目標・計画の共有化	同じ目標を掲げ、今すべきことを伝えた。/患者とすべきことを具体的に共有した。
		患者の意思に対する関心	療養計画以前は患者の希望を聞いたことがなかった。/長期入院の患者が退院を考えていて驚いた。/患者のこともっと知りたくなった。
	患者の自己決定の実現	患者に対する見方とかかわり方の変化	患者は褒められると嬉しいと痛感し褒めた。/患者が成長して嬉しかった。
		自己決定の意識化	自己決定に対する意識が強く継続できた。/患者自身が自己決定に自信がついた。
		自己決定したことの実現	自分で決定したことで行動化できた。/自覚症状を看護師に伝えるようになった。
療養 計画 の 本質	率直に意思伝達できる	意思の言語化	療養計画の最終回では患者は自分の言葉で表現できた。
		積極的なコミュニケーション	患者から次の目標の提案がなされた。/患者が主治医と話す機会が増えた。
	患者の対人関係能力の向上	看護師とのパートナーシップの促進	看護師との約束が守れるようになった。/自分がして欲しいことをしてもらうために行動化した。
		期待に応えたいという気持ちの芽生え	看護師に迷惑をかけると言っていた。/自分を応援する看護師を裏切れないと言った。
	療養計画に適合する患者の選定	患者-看護師間の意思共有に基づく支援	過去における看護師の一方的な計画立案
患者の意思を理解するための手段			本人が思っていることをくみ取るための手段となった。/療養計画は患者の思っていることがわかり、意味があった。
計画立案実施評価プロセスの共有			患者と看護師のすべきことが合致していることに意味があった。/患者と看護師が目標を共有した。
患者が納得する支援			患者が納得して自分のやりたいことをすることは必要と思った。/共有した患者の意思に沿って具体的な促しをした。
退院支援における有用性		これまで退院に失敗していた患者も、療養計画では順調に進んだ。/退院を意識した患者に療養計画を活用しようと思った。	
	療養計画の手法があてはまる患者	対象患者はこの手法が当てはまっていた。/この手法が当てはまっているので継続したいと思った。	
	精神症状により療養計画が難しい患者	精神症状が強いと話し合いは難しい。/妄想により療養計画を立てることが大変だった。	

ゴリから生成した。【患者-看護師間の意思共有に基づく支援】は受持ち看護師が患者と患者の意思を共有し合い療養計画の支援を行ったことを表し、＜過去における看護師の一方的な計画立案＞、＜患者の意思を理解するための手段＞、＜計画立案実施評価プロセスの共有＞、＜患者が納得する支援＞、＜退院支援における有用性＞の5サブカテゴリから生成した。【療養計画に適合する患者の選定】は受持ち看護師が、療養計画の手法を適応できる患者とそうでない患者が存在する可能性を掌握したことを表し、＜療養計画の手法があてはまる患者＞、＜精神症状により療養計画が難しい患者＞の2サブカテゴリから生成した。

## VI. 考察

### 1. 療養計画の有用性

まず、療養計画における患者の自己決定能力の変化について述べる。患者3名の療養計画の過程を、自己決定能力の定義と照合すると、開始前の彼らは、A氏の単独での買い物へ出る願望、B氏とC氏の退院願望とそれぞれに意思を有していたが、その意思を表現することや、具現化するための知識を得ることができていなかった。しかし、患者3名は療養計画の冒頭でそれぞれ受持ち看護師への意思伝達の実現＞を果たしている。その後、患者の意思に基づき、受持ち看護師と共に記録用紙を用いて自分の情報整理(アセスメント)をしたことで、新しい知識を得て、それぞれ意思を具現化するために足りない部分を把握している。A氏は情報整理を通して買い物願望を叶わせるには計画性が必要と自覚し段階的に単独での買い物を実現し、B氏は受持ち看護師の支援を受けて内服薬に関する知識を得て主治医と交渉し、C氏は退院プログラムに参加する上でのやりがいの乏しさを自覚し、受持ち看護師に褒められて参加した。患者3名は、それぞれ新たな知識を得たのみではなく、知識を得た後に具体的な行動を決断し、意思を実現する行動を起こしている。患者3名は、療養計画前まで意思を有しつつも、実現するための知識に乏しく、行動化できていなかったことを考慮すると、療養計画中に自己決定能力が向上していると考えられる。自己決定能力の向上は療養計画の目的であり、療養計画における有用性の一因である。

次に、患者の意思表示について述べる。患者は療養計画において受持ち看護師と【率直に意思伝達できる】ようになる中で、＜意思の言語化＞を実現させていた。一方の受持ち看護師は、【患者の自己決定に向けた介入】で＜患者の意思を言語化する介入＞を行っていた。統合失調症患者が思いを表出する対象者について宗岡<sup>11)</sup>は、「表出を聴く人の存在」を挙げ、どのように聴き、受け取り、どう対応するかが重要であると述べている。療養計画の面接において受持ち看護師のその役割があつてこそ、患者は自らの意思を言語化して表出することができたと考える。3名の患者は療養計画の枠組みの中で看護師の支援を受けつつ意思表示したことで、患者と受持ち看護師が＜目標・計画の共有化＞を図ることができ、結果、共通の目標を実現することで、患者が自己決定のプロセスを達成することができている。患者が自己決定の第一歩となる意思表示できる枠組みを有していることも療養計画の有用性と言える。と考える。

最後に、退院支援について述べる。療養計画を通して患者は【退院への見通しの発見】を、受持ち看護師は＜退院支援における有用性＞を体験している。B氏とC氏はそれぞれ退院を最終的な目標とし、C氏は療養計画前に中断した退院に向けた作業療法プログラムに継続参加している。有用性を示す場面として、B氏の初回面接の際の言葉、「もう一度退院できていると思っている」に対して受持ち看護師は、心底驚いたという場面があつた。その背景には、それまでB氏の意思を確認することがなかった受持ち看護師の姿勢、また思い込みや決めつけがあつたのかもしれない。そのような中でB氏やC氏が、療養計画において初めて退院への意思を表出できたことに意義がある。と考える。2014年、厚生労働省長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会が「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」<sup>12)</sup>を取りまとめ、精神科病院の職員に精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援が求められていることを強調している。以上より、療養計画は、患者の退院意思を改めて確認し、【退院への見通しの発見】を具現化する介入として有用であり、現在の、患者の積極的な社会参加活動を目指す地域精神医療化と合致すると考える。



## 2. 受持ち看護師の支援

療養計画の開始前、患者は【自己決定に対する患者－看護師間の認識のギャップ】を感じていたが、次第に＜看護師の対応の変化＞に気づき、＜パートナーとしての看護師＞を見出し【新たな看護師像の発見】をしていた。ギャップを感じていた患者が、受持ち看護師をパートナーとして認識したことに、療養計画における受持ち看護師の支援のあり様の可能性が示唆される。受持ち看護師も【患者とのパートナーシップの形成】を評価しており、患者の認識と一致する。Peplau<sup>13)</sup>は患者－看護師関係構築を治療の過程として捉え、そのプロセスを明確に見分け、「方向付け」「同一化」「開拓利用」「問題解決」という連動した4局面を命名した。本研究で示された患者と受持ち看護師に生じた変化は、Peplauの3つ目の開拓利用の局面であり、さらに関係性が発展すると患者が一人立ちできる能力を身につけ、強化し、問題解決の局面に発展すると考える。患者が受持ち看護師をパートナーと認識した典型的な場面は、C氏が受持ち看護師に「褒めてほしい」と依頼し、看護師に了承された場面であった。C氏に「褒めてほしい」と依頼された受持ち看護師は、退院プログラムへの参加を取りやめようとしたC氏へのそれまでの対応、いわゆる「はっぱをかける」という看護師主体の姿勢から、「見守り、褒める」という患者主体の姿勢にシフトさせていた。それに対してC氏も、「嬉しい」と受持ち看護師の姿勢を肯定的に評価していた。受持ち看護師の患者主体の姿勢への変化は、C氏が共に歩むパートナーとして【新たな看護師像の発見】をしたためであると考え。患者と受持ち看護師は療養計画開始以前から一定の関係性は構築されていたと推察されるが、患者が受持ち看護師に要求を伝える場面を設定し、看護師がそれに応じたことでより強固なパートナーとしての認識を互いに得たと考える。本研究の対象患者3名はそれぞれに長期入院であり、それぞれが病院スタッフに自らの希望を伝える機会が乏しく、B氏に至っては主治医に己の症状を伝えることすら「恐れ多い」と表現し、他者と関係性を築く機会を失っていた。その様は片岡ら<sup>14)</sup>が指摘する長期入院の統合失調症患者の根底に横たわる深い孤独感であると思われる。Peplau<sup>15)</sup>は孤独の患者への介入を「他の人々と触

れ合い、彼らとの結びつきを感じ、協力して働き、一緒に生産的に生活できるよう自分を援助してくれる人々と接触を持つこと」と述べている。患者はパートナーである看護師の存在により孤独が緩和され、さらに看護師の＜期待に応えたいという気持ちの芽生え＞も生じ行動変容に至ったと考える。

## 3. 療養計画の実現可能性

まず、療養計画の実現可能性を患者と受持ち看護師の面接時間から検討する。患者と受持ち看護師がアセスメントに時間を要する初回面接が最短20分、最長45分で、それ以降の面接が最短15分、最長20分であった。看護師にとって療養計画の遂行が、療養計画以外の看護業務に著しく影響する可能性は低いと考えられ、調整により勤務内の療養計画展開可能性が推察された。一方、受持ち看護師は【療養計画に適合する患者の選定】を目指したと語っているが、“妄想により療養計画を立てることが大変だった”や“精神症状が強いと話し合いは難しい”というコードが示すように、それでも療養計画に適合しづらい患者がいる可能性が示唆された。療養計画実施中の患者に新たな治療を必要とするほどの症状悪化は認められなかったが、元々のA氏の買い物への固執や、B氏の誇大妄想傾向は、面接を遷延化させる要因として着眼できる。ちなみに3名の患者の中でGAF得点が最も低かったのは、妄想により面接時間が長期化したB氏であり、GAF得点は35点であった。以上を鑑みると、急性期や回復期初期の患者、それ以降の患者であっても、GAF得点35点以下の患者は療養計画展開時に本研究の面接時間をより要するなどの可能性が考えられるため、GAF得点が高値の患者以上に受持ち看護師の支援が必要になると考える。

## 4. 研究の限界

本研究は3事例のみを対象とした療養計画の試みであり、試行段階での実現可能性と有用性の模索であった。本所見の一般化には今後、様々な対象と臨床状況を想定し、本計画の実現可能性と有用性を質的、量的研究手法を通じて詳細に吟味していく必要がある。

## VII. 結論

統合失調症患者とその受持ち看護師3ペアが療



養計画の試みを展開し、参与観察によりまとめた経時的な療養計画の展開内容と、展開後の患者、受持ち看護師それぞれの半構造化面接調査の結果得られた患者の44コード、12サブカテゴリ、6カテゴリと受持ち看護師の57コード、21サブカテゴリ、8カテゴリを照らし合わせ、かつ統合して検討した結果、患者と受持ち看護師の変化について以下の3点が明らかになった。

1. 患者は受持ち看護師の支援を受けながら療養計画を展開する中で、自己決定能力を向上させていた。
2. 療養計画の展開は長期入院中で意思表示をする機会に乏しい統合失調症患者が意思表示する機会となった。
3. 療養計画の仕組みは患者の退院への意思を再確認し具現化するきっかけとなった。

## 謝辞

本研究を行うにあたり快く協力してくださいました患者様、受持ち看護師の皆様、病院スタッフの皆様にご心より御礼申し上げます。本研究は横浜市立大学大学院医学研究科修士課程看護学専攻に提出した修士論文に加筆修正した。

## 引用文献

- 1) 政府統計の窓口：「平成26年度患者調査」,  
[http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?\\_toGL08020103\\_&listID=000001141596&](http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&listID=000001141596&) (2016年9月17日閲覧)。
- 2) Collins, S., Britten, N., Ruusuvaori, J., et al. / 北村隆憲, 深谷安子訳：患者参加の質的研究-会話分析からみた医療現場のコミュニケーション, 225-232, 246-250, 医学書院, 東京, 2007/2011.
- 3) 宮武美保子, 三宅真理子, 中山美枝子他：患者参画による目標の共有化ケアアセスメント票の活用で「気づき」に焦点をあてて, 日本看護学会論文集精神看護, 36:41-43, 2006.
- 4) 近藤久美子, 加藤知佳：患者参加型カンファレンスを試みて行動変容に至った2事例を通して, 日本精神科看護学会誌, 51(3):515-518, 2008.
- 5) 中西進二：精神科急性期患者における「患者参加型看護計画」-患者の自己決定権を支え、治療参加意欲を高めた事例を通して, 日本精神科看護学雑誌, 51(2):299-303, 2008.
- 6) 清水崇史, 坂本昌子, 石川和枝, 小川鮎美：患者が自分の思いを表現できる為の効果的なカンファレンス, 日本精神科看護学雑誌, 45(2):60-63, 2002.
- 7) 南裕子編著：アクティブ・ナーシング実践オレム-アンダーウッド理論 ころを癒す, 33-34, 講談社, 東京, 2005.
- 8) Underwood, P. R., 南裕子監修：パトリシア・R・アンダーウッド論文集看護理論の臨床活用, 54-57, 日本看護協会出版会, 東京, 2003.
- 9) Rapp, C. A. & Goscha, R. J. / 田中英樹監訳：ストレングスモデル精神障害者のためのケースマネジメント(第2版), 59-78, 128-150, 金剛出版, 東京, 2006/2008.
- 10) American Psychiatric Association/高橋三郎, 大野裕, 染矢俊幸訳：DSM-IV-TR精神疾患の分類と診断の手引き(新訂版), 43, 医学書院, 東京, 2000/2002.
- 11) 宗岡千晴：精神障がいをもつ人が思いを表出する意味, 日本精神保健看護学会誌, 24(1):83-89, 2015.
- 12) 厚生労働省：長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性とりまとめ, <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000051136.html>, (2015年8月21日閲覧)。
- 13) Peplau, H. E./ 稲田八重子, 小林富美栄, 武山満智子, 都留伸子, 外間邦江訳：ペプロウ人間関係の看護論, 17-44, 医学書院, 東京, 1952/1973.
- 14) 片岡三佳, 野島良子, 豊田久美子：精神分裂病者が語る入院体験 現象学的アプローチを用いて, 日本看護研究学会誌, 26(5):31-44, 2003.
- 15) Peplau, H. E./ 池田明子, 小口徹, 川口優子, 小林信, 吉川初江, 尾田葉子訳：ペプロウ看護論-看護実践における対人関係理論, 230-231, 医学書院, 東京, 1989/1996.